DES

KYSTES PAPILLAIRES DE L'OVAIRE

(Pronostic Thérapeutique)

N° 6

DES KYSTES PAPILLAIRES
DE L'OVAIRE
(PRONOSTIC THÉRAPEUTIQUE)

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

LE 28 JUIN 1905

PAR

Alexandre MEDNICAROFF
Né à Choumen (Bulgarie)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR D'UNIVERSTÉ
(MENTION MÉDECINE)



MONTPELLIER
IMPRIMERIE MESSIET ET JEANJEAN
14-16, Rue des Étuves, 14-16

1905

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✻)................ Doyen
TRUC........................ Assesseur

PROFESSEURS

Clinique médicale..............................	MM. GRASSET (✻).
Clinique chirurgicale..........................	TEDENAT.
Clinique obstétricale et gynécologie............	GRYNFELTT.
— — M. Guérin (ch. du cours).	
Thérapeutique et matière médicale..............	HAMELIN (✻).
Clinique médicale..............................	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses....	MAIRET (✻).
Physique médicale..............................	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicale........	GRANEL.
Clinique chirurgicale..........................	FORGUE.
Clinique ophtalmologique.......................	TRUC.
Chimie médicale et pharmacie...................	VILLE.
Physiologie....................................	HEDON.
Histologie.....................................	VIALLETON.
Pathologie interne.............................	DUCAMP.
Anatomie.......................................	GILIS.
Opérations et appareils........................	ESTOR.
Microbiologie..................................	RODET.
Médecine légale et toxicologie.................	SARDA.
Clinique des maladies des enfants..............	BAUMEL.
Anatomie pathologique..........................	BOSC.
Hygiène..	H. BERTIN-SA

Professeur-adjoint : M. RAUZIER
Doyen honoraire : M. VIALLETON.
Professeurs honoraires : MM. JAUMES, PAULET (O.✻), E. BERTIN-SA
Secrétaire honoraire : M. GOT.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Accouchements..................................	MM. VALLOIS, agrégé l
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées.....	BROUSSE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards....	RAUZIER, agrégé l Professeur-adjoint.
Pathologie externe.............................	DE ROUVILLE, ag
Pathologie générale............................	RAYMOND, agrégé.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. BROUSSE	MM. VIRES	MM. SOUBEIRA
DE ROUVILLE	VEDEL	GUERIN
PUECH	JEANBRAU	GAGNIERE
GALAVIELLE	POUJOL	Ed. GRYN
RAYMOND	ARDIN-DELTEIL	

M. IZARD, *secrétaire*.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. TÉDENAT, *président*.
CARRIEU.
ARDIN-DELTEIL.
SOUBEIRAN.

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les D qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'e donner ni approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PÈRE

A. MEDNICAROFF.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE DOCTEUR TÉDENAT

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

A M. LE DOCTEUR CARRIEU

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE

A. MEDNICAROFF

INTRODUCTION

Les kystes papillaires de l'ovaire se rencontrent dans les 10-11 p. 100 des ovariotomies.

Au point de vue clinique, ces tumeurs font une classe à part. Elles ne sont comparables ni comme caractère, ni comme évolution, ni comme pronostic, aux kystes de l'ovaire proprement dit.

Il n'est pas douteux que ces derniers se transforment dans certaines conditions en tumeurs végétantes, qu'il y a des tumeurs végétantes au centre desquelles on reconnaît encore, à l'œil nu, une ou plusieurs cavités kystiques; mais on observe également sur l'ovaire des tumeurs qui, dès leur début, se caractérisent à l'œil nu exclusivement par des végétations et de bonne heure s'accompagnent de métastase péritonéale.

Depuis quelques années, cette variété de tumeurs ovariques a été étudiée, et la plupart des travaux parus envisagent la question sous différents points de vue : les uns étu-

dient l'anatomie pathologique ; d'autres s'efforcent d'éclairer la pathogénie. Ces kystes sont susceptibles d'évoluer comme des tumeurs malignes, de récidiver ; ce qu'il serait intéressant aussi de connaître, ce sont les résultats post-opératoires. Malheureusement il est encore impossible de se prononcer définitivement sur ce point.

Après avoir passé en revue toute la question, nous nous arrêterons plus longuement sur le pronostic, qui est le but de notre travail.

Il nous a paru intéressant aussi de nous arrêter un peu plus sur l'anatomie pathologique, parce que le pronostic dépend beaucoup de la disposition anatomique, de la structure, etc., de ces tumeurs. Avec les observations que nous avons pu réunir et dont nous devons une bonne partie à l'obligeance de M. le professeur Tédenat, nous essaierons de rechercher quels seront les résultats éloignés après une opération, et par conséquent quel serait le pronostic thérapeutique qu'il convient d'établir.

L'idée première de notre travail, nous la devons à M. le professeur agrégé Soubeiran ; nous lui exprimons notre vive reconnaissance.

Ses bienveillants conseils, son amabilité à notre égard, nous touchent profondément; nous en garderons un souvenir profond.

Que M. le professeur Tédenat nous permette de le remercier de l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse; nous lui devons toute notre gratitude pour

les intéressantes observations qu'il a bien voulu nous communiquer.

Nous remercions sincèrement M. le professeur Carrieu pour tout l'enseignement qu'il nous a donné durant nos études ; ses leçons et sa clinique pratique nous ont atttiré dès le début, et c'est dans son service à l'hôpital que nous avons puisé de préférence toutes nos connaissances de clinique interne.

A M. le professeur agrégé Ardin-Delteil toute notre sympathie et reconnaissance pour l'enseignement clinique qu'il nous a donné.

Enfin, nous ne saurions quitter l'Université de Montpellier sans remercier tous nos Maîtres de la Faculté et des hôpitaux.

DES

KYSTES PAPILLAIRES DE L'OVAIRE

(Pronostic Thérapeutique)

HISTORIQUE

Les kystes papillaires de l'ovaire sont connus depuis longtemps, tant en France qu'à l'étranger.

Un des travaux les plus remarquables sur ce sujet est celui de Pfannenstiel, qui, après de nombreuses recherches, tant au point de vue clinique qu'au point de vue histologique, est arrivé à séparer cliniquement les tumeurs végétantes des autres tumeurs de l'ovaire, d'après leur aspect et leur structure microscopique.

Péan, en 1886, en a fait l'objet d'une intéressante clinique; Waquez (1890), Duret (1892), Cazenave (1895), leur ont consacré des travaux très importants.

Les travaux de Malassez et de Sinety ont établi nettement leur nature. D'après ces auteurs, il est impossible de séparer les tumeurs végétantes des kystes ovariques ordinaires, qui sont des tumeurs épithéliales.

Pour M. Qnenu, en particulier, la seule différence entre

ces deux variétés de tumeurs consisterait dans la prédominance de développement du stroma ou des parties épithéliales, ce qui explique la distinction de Pozzi en : kystes prolifères glandulaires et kystes prolifères papillaires.

Depuis cette époque, les principales études parues sur ce sujet sont celles d'Apostolakis, Degardin, et l'intéressant mémoire de M. le professeur Tédenat dans le *Montpellier Médical.*

Rappelons également les laborieuses statistiques de MM. Estor et Puech, dont les recherches portent sur les tumeurs de l'ovaire en général.

Au cours de notre travail, nous noterons encore un certain nombre d'auteurs.

PATHOGÉNIE

Avant de commencer l'étude des kystes papillaires de l'ovaire, il convient de dire un mot du développement embryologique de cet organe.

EMBRYOLOGIE. — Pendant la vie intra-utérine, une partie de l'épithélium qui revêt la cavité générale s'épaissit et forme la bandelette génitale ; cet épaississement comprend des cellules hypertrophiées à noyaux gros et granuleux, à protoplasma clair, ce sont là les ovules primordiaux ; d'autre part, dans le tissu conjonctif sous-jacent du corps de Wolff, existe une prolifération cellulaire abondante, revêtant la forme de cordons pleins avec dans leur intérieur des ovules primordiaux : ce sont les *tubes de Pflüger*.

Les follicules de de Graaf seront formés par l'étranglement et la segmentation de ces tubes.

Nous allons voir tout à l'heure, en étudiant la pathogénie de ces tumeurs, qu'il faut faire, pour certains auteurs, jouer un grand rôle à la prolifération maligne des débris du corps

de Wolf, situés soit dans le hile de l'ovaire, soit dans l'épaisseur du ligament large.

Pathogénie. — Pour Waldeyer, il peut arriver que la segmentation des tubes de Pflüger ne se fasse pas et que les parois de ces tubes soient distendues par un liquide formé par le ramollissement des cellules centrales; de plus, il se fait un bourgeonnement au niveau des parois du tube primitif, donnant naissance à des tubes secondaires ; d'après cette théorie, la provenance de kystes papillaires de l'ovaire serait donc absolument la même que celle des kystes glandulaires.

Malassez et de Sinety, tout en admettant que les deux variétés de kystes proviennent de l'épithélium germinatif de l'ovaire, expliquent d'une façon un peu différente la formation des tubes et des petites cavités que forme la tumeur kystique.

Enfin Olshausen avance une troisième théorie, qui explique, par la pénétration des résidus du corps de Wolf dans le hile de l'ovaire, la formation des kystes papillaires. Cette opinion semble partagée par des anatomo-pathologistes comme Harris, Doran, Fischel, Bland-Sutton, et des chirurgiens comme Lawson-Tait, Bouilly, Tédenat, etc...

En résumé, les kystes papillaires de l'ovaire proviennent-ils de l'épithélium germinatif, comme les kystes glandulaires, ou bien y a-t-il pour les deux variétés de tumeurs une origine différente, qui expliquerait la différence dans l'évolution et le pronostic de ces deux lésions. C'est là que se trouve actuellement le problème que résoudront un jour les recherches de l'anatomie pathologique microscopique.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les kystes papillaires de l'ovaire sont constitués par des saillies sous forme d'excroissances plus souvent intra qu'extra-kystiques, simples ou ramescentes (papilliformes), ayant une charpente connective recouverte d'épithélium (Waldeyer).

Ces kystes se présentent sous trois aspects morphologiques différents :

1° Kystes végétants dans lesquels la prolifération glandulaire a été associée à la prolifération papillaire.

2° Tumeurs végétantes sans kyste, ou au moins sans kyste apparent à l'œil nu : ce sont des tumeurs solides ; leur volume est relativement plus petit que celui des tumeurs précédentes. On y observe des invaginations épithéliales rappelant l'aspect du chou-fleur avec cavités microscopiques : ce sont les « papillomes » des auteurs allemands.

3° Tumeurs végétantes, où l'ovaire est à peine augmenté de volume ; il a conservé sa forme encore reconnaissable, mais sa surface est verruqueuse. C. Patton caractérise d'un mot cette altération signalée par Rochaska et observée par

Güserow, Goblenz, Marchand, Pozzi : « On dirait l'ovaire enduit d'une matière visqueuse et saupoudré ensuite d'un sable fin et sec. » (superficial papilloma de Patton et de Stephen Howel).

Ces végétations coïncideraient souvent avec des annexites, des myomes utérins. On peut se demander si elles ne sont pas étiologiquement comparables aux végétations des organes génitaux externes.

Cette dernière variété est beaucoup plus rare.

En gènéral, les kystes papillaires sont considérés comme des kystes multiloculaires. Cependant cliniquement ils se présentent, à l'œil nu du moins, comme des kystes nettement monoloculaires ou pauciloculaires.

Bilatéralité. — Tous les auteurs ont remarqué qu'elle est infiniment plus fréquente pour les kystes papillaires que pour les kystes glandulaires. Dans les premiers, la bilatéralité existe dans 75 0/0 des cas (Stephen Howel), 52 0/0 (Martin), 50-75 0/0 (Penrose). M. le professeur Tédenat trouve le chiffre de 58 0/0. Mais ces chiffres n'indiquent pas la proportion vraie des tumeurs billatérales. Souvent les deux ovaires sont affectés à des degrés divers lors de l'intervention chirurgicale, mais il arrive que l'ovaire qu'on avait laissé devient malade à son tour, quelques mois ou quelques années après la première laparotomie. On y trouve presque toujours un kyste papillaire. La bilatéralité se voit surtout dans les cas où les végétations sont nombreuses. Il faut systématiquement enlever les deux ovaires. Au point de vue du pronostic, cette seconde ovariotomie aura une grande importance.

Volume. — Le volume des kystes papillaires est variable :

du volume d'une tête d'enfant ou d'adulte ; ils peuvent remplir toute la cavité abdominale, ce qui est rare.

Tant que la paroi kystique reste intacte, la forme de ces kystes est sensiblement sphérique ou ovoïde, présentant des bosselures à certains endroits, dues à la moindre résistance de ces parties qui ont cédé plus que les autres à la distension.

Parois. — Là où elle est plus épaisse, la couleur de la tumeur est d'un blanc nacré ou bleuâtre, si les vaisseaux veineux sont en abondance, tandis que, dans les parties les plus minces, sa couleur est sensiblement égale à celle du contenu. La surface externe du kyste est ordinairement lisse; parfois cependant elle présente de petites végétations ressemblant à de petites verrues, ou aux végétations de certaines plaques muqueuses.

Quelquefois les kystes papillaires ont un pédicule presque toujours court. Dans deux cas, M. Tédenat l'a trouvé très long; dans ces derniers cas l'ovaire reste introuvable; il est donc probable que ces kystes étaient nés avec l'ovaire lui-même.

Végétations.— Au point de vue morphologique, les bourgeons papillaires présentent de grandes variétés de forme, de siège, d'agglomération et de volume.

« Tantôt transparentes à la façon des môles hydatiformes, tantôt rouges et charnues à la façon des fongosités, ces végétations sont d'autres fois blanc-grisâtre et fibreuse comme les papillomes vasculaires, comme les angiomes, ou enfin d'aspect glandulaire, présentant même de petits kystes à la façon des polypes glandulaires. Ces différentes formes macroscopiques des végétations peuvent s'observer à côté les unes des autres sur une même pièce, quoique le plus souvent un certain

type prédomine. » (Malassez et de Sinety, *Archives de physiologie*, 1877.)

Rien de plus variable que le siège de ces végétations. Elles peuvent végéter sur la surface externe des kystes ovariques, faisant saillie dans la cavité péritonéale, ou bien tapisser leur face interne. Leur volume est parfois si considérable qu'elles finissent par remplir toute la cavité dans laquelle elles se trouvent, facilitant ainsi le diagnostic de papillomes ovariques ou kystes papillomateux.

Tantôt les végétations sont molles, friables, comme de tissu encéphaloïde, ressemblant à du frai de grenouille, et saignant facilement ; tantôt elles sont dures, fibreuses, semblables aux papillomes ou au tissu cartilagineux, et se laissant alors séparer sans occasionner de grandes hémorragies.

Leur couleur varie du blanc nacré au rouge foncé, suivant le degré de vascularisation. Aussi on peut rencontrer, sur des papilles très vasculaires, des traces d'une hémorragie ancienne ou récente. Elles sont quelquefois jaunâtres lorsqu'elles ont subi la dégénérescence graisseuse ou l'imprégnation de sels calcaires: la transformation graisseuse des végétations n'est pas rare. Les végétations secondaires dues à la propagation ou à la dissémination présentent les mêmes caractères morphologiques, avec cette différence qu'elles sont plus blanchâtres, et, en général, moins vasculaires. Virchow l'attribue à des dépôts calcaires qui se font à la base des papilles autour des vaisseaux lesquels sont aussi plus ou moins oblitérés. Ces infiltrations ressemblant à des grains de sable (corpora arenacea) donnent aux papilles l'aspect des « psammomes » de l'arachnoïde. Tandis que pour Thornton et Olshausen ces productions calcaires se forment secondairement autour d'un noyau constitué par des éléments cellulaires nécrosés.

Pfannenstiel, se basant sur leur présence à toutes les périodes de leur évolution et sur l'analogie qu'elles ont avec l'infiltration calcaire de certaines membranes très vasculaires (pie-mère, arachnoïde), croit que ces dépôts calcaires sont des produits non utilisés en un point où l'afflux sanguin est exagéré.

M. Tédenat, se basant sur les coupes de plusieurs de ces pièces opératoires, distingue diverses modalités de ces dépôts calcaires : dans la première, les grains se déposent concentriquement, souvent par îlots multiples autour des vaisseaux, de la base ou du corps des papilles. Ce sont des végétations vraiment comparables aux psammomes : il est possible qu'il en résulte une oblitération des vaisseaux, suivie de nécrose des végétations, de leur transformation graisseuse avec calcification ultérieure de leur surface ou de toute leur masse.

Dans la seeonde forme, l'artérite rétrécissante, la compression des vaisseaux par une torsion du pédicule, par la tension du liquide kystique, par une infiltration épithéliale du stroma connectif, ralentissent la circulation, et les dépôts calcaires se font irrégulièrement dans le corps de la papille et plus particulièrement dans le plan des cellules épithéliales (Waldeyer). Tédenat a rencontré des amas de végétations jaunes, sèches, râpeuses, friables, s'effritant sous le frôlement du doigt et ayant quelques ressemblances avec des « choux-fleurs gelés ». Dans un cas, il existait un gros papillome à nombreuses ramescences, longues de 3-4 cm. Il avait le volume d'une mandarine avec une surface d'infiltration de deux centimètres carrés. La calcification était totale et les grains s'effritaient entre les doigts. A la coupe de la base du pédicule, on constatait trois petites artères à paroi très épaissie et à lumière presque oblitérée. Il faut donc distinguer des végétations psammomateuses

dès leur début, des végétations secondairement calcifiées par suite d'oblitération de leurs vaisseaux, soit par artérite, soit par infiltration épithéliomateuse de leur base. Ces divers processus s'observent dans les papillomes intrakystiques comme dans les papillomes superficiels de l'ovaire.

Dans ces derniers, dont la charpente fibreuse est peu développée, l'infiltration calcaire va jusqu'à être totale, d'où résulte la production de véritables pierres mamelonnées et, par endroits, friables comme de vieux plâtras.

On a noté encore la *dégénérescence myxomateuse* de la charpente connective des papilles. Alors elles s'élargissent en massue, prenant l'aspect de grains de sagou, de perles gélatineuses. L'épithélium desquame, s'infiltre de granulations graisseuses. Dans un cas de M. Tédenat, probablement à la suite d'une légère torsion constatée du pédicule, d'énormes végétations avaient pris une coloration jaunâtre feuille morte, avec quelques points ecchymotiques. Il constata, en outre, une dégénérescence graisseuse portant sur le stroma avec quelques grains calcaires disséminés irrégulièrement.

Par place, l'épithélium se présentait sous forme de cellules caliciformes. Le mode d'implantation et d'agglomération des végétations est très variable. Tantôt la face interne du kyste est seule tapissée par des végétations qui peuvent être rares, verruqueuses et de faible volume, ou bien la prolifération conjonctive est très active et il en résulte alors des végétations papillaires formées par agglomération de ramescences dendritiques plus fines.

Ces végétations papillaires peuvent rester petites et donner à la surface du kyste un aspect velouté, comme elles peuvent prendre un volume considérable, remplir toute la

cavité, la rompre et s'épanouir au dehors sous forme de chou-fleur.

D'autres fois, les végétations peuvent exister sur la surface externe en même temps que sur la surface interne. Les végétations externes n'existent que très rarement seules. MM. Malassez et de Sinety, qui ont très bien étudié ces tumeurs, n'ont jamais trouvé la surface externe seule tapissée de végétations papillaires sans que la surface interne ne le fût.

Ces végétations ont un aspect villeux, dendritique, et leur volume varie de celui d'un grain de millet à celui d'un œuf de poule ou même de deux poings.

Les unes sont sessiles, simples et disséminées; les autres, adhérant par un pédicule, sont grosses, nombreuses et dendritiques. Leur développement peut être exagéré et faire prendre à ces néoformations l'aspect d'un chou-fleur. Lorsque les végétations externes proviennent de celles de la surface interne, après rupture du kyste leur suface d'implantation, de concave qu'elle était, devient convexe, de manière que ces néoformations semblent s'être développées à la surface externe de la tumeur. Nous verrons comment ces végétations peuvent s'étendre sur le péritoine, contracter des adhérences avec les organes voisins et rendre ainsi l'opération difficile et le pronostic grave.

Structure des végétations. — Nous empruntons en grande partie les détails sur la structure des végétations à l'exposé clair du *Traité de gynécologie* de Labadie-Lagrave et Legueu.

Les végétations, malgré de grandes différences suivant les cas et suivant les divers points d'une même tumeur, présentent toutes à leur surface un épithélium de revêtement et au-dessous une trame conjonctive de soutènement, un stroma.

L'épithélium est à cils vibratiles ou cylindrique : il est formé d'une seule couche et présente les caractères de l'épithélium glandulaire, rappelant celui de la muqueuse gastrique ou de la muqueuse utérine.

D'autres fois il se développe d'une façon atypique, il est stratifié, polymorphe, et présente de grandes analogies avec le tissu épithéliomateux.

Le stroma est purement conjonctif : il sert de soutien à l'épithélium. Des vaisseaux peu développés se voient à son centre. Dans certaines variétés, cependant, le tissu conjonctif de la végétation présente des altérations propres : on y voit l'infiltration par de petites cellules embryonnaires, qui rappellent le sarcome, le fibro-sarcome ; on y voit d'autres fois un tissu myxomateux ou colloïde, ou un développement vasculaire et caverneux comme dans l'angiome.

Toutes ces végétations, mais surtout les papillaires, présentent des dépôts calcaires. Une fois développée, la tumeur végétante évolue vers deux types différents de structure que Pfannenstiel appelle : « adénome papillaire simple » et « adéno-carcinome» (adéno-sarcome papillaire).

L'adénome papillaire correspond au type régulier de la végétation, telle que nous l'avons décrit ; dans quelques cas les cellules subissent la dégénérescence colloïde, et l'altération spéciale du péritoine qui en résulte a été décrite à tort sous le nom de péritonite colloïde par Péan ou de péritonite pseudo-myxomateuse de Werth.

L'adéno-carcinome est constitué, lorsque l'épithélium, de régulier et nettement cylindrique qu'il était, devient, dans certaines tumeurs, polymorphe, métatypique. Entre les végétations, il pousse des boyaux pleins dans le stroma intermédiaire, et il est impossible d'établir, histologiquement, une différence entre cette lésion et le cancer.

C'est le cancer, au sens vrai du mot, c'est l'épithélioma avec toute la malignité que ce terme comporte par lui-même en général. Le tissu conjonctif de la végétation subit lui-même quelques modifications : il prend souvent l'apparence d'un sarcome par suite de l'abondante prolifération embryonnaire qui s'y développe. Les végétations qui paraissent sur le péritoine ou à distance rappellent de tous points la disposition et les caractères de la tumeur première ; végétations simples ou noyaux cancéreux vrais.

Siège, connexion, propagation. — Les tumeurs végétantes de l'ovaire se développent dans le ligament large. L'inclusion est de 50 0/0 (Pfannenstiel), elle est la règle (Doran), de 80 0/0 (Tédenat), 18 0/0 (Martin) ; les statistiques, comme on le voit, ne concordent point ; mais sur la gravité de cette inclusion tous les auteurs sont d'accord. Comme nous l'avons vu déjà en étudiant la pathogénie, l'inclusion est un argument en faveur de l'origine habituelle des kystes végétants, dans le hile de l'ovaire ou dans les restes du corps de Wolf contenus entre les deux feuillets du ligament large.

Mais l'examen des kystes papillaires montre nettement qu'un grand nombre d'entre eux naissent en dehors de l'ovaire, soit dans le hile, soit dans les tubes du corps du Wolf (Olshausen, Doran, Fischel, Bland-Sutton, Tédenat) et le canal de Gærtner. M. Tédenat, dans plus de dix cas, a pu retrouver l'ovaire, tantôt avec sa forme à peine modifiée, tantôt étalé en mince plaque vers laquelle la recherche a été dirigée. Dans deux cas il fallait recourir au microscope pour rechercher le tissu ovarien dans une zone épaisse de la poche kystique. L'ovaire subit des déformations mécaniques par élongation, étalement, aplatissement, et aussi quelques

altérations structurales, sclérose superficielle avec follicules atrésiés ou hydropiques.

Quelquefois aussi, le tissu ovarien disparaît : mais, avant de conclure à sa disparition totale, il faudrait le rechercher sur des coupes microscopiques.

Dans des cas encore plus rares, la néoplasie kystique naît dans le canal de Gærtner, ce qui est en faveur de l'origine Wolfienne des kystes végétants. Par sa direction et pénétration dans la paroi utérine, et atteignant le cul-de-sac du vagin, le canal de Gærtner a pu être le point de départ de plusieurs tumeurs kystiques incluses dans la paroi utérine ou vaginale (Recklinghausen). Quel que soit leur point de départ primitif, ces tumeurs contractent de bonne heure des adhérences avec le tissu cellulaire pelvien et le péritoine. Ces kystes viendront s'accoler, adhérer sous le péritoine, à l'utérus, à la vessie, au rectum, aux vaisseaux, à la paroi abdominale, déterminant ainsi la compression des organes, immobilisant le corps de l'utérus, que l'on trouve fixé et encloué comme il l'est dans les suppurations pelviennes. L'implantation profonde est possible : M. Tédenat a opéré un cas dans lequel il a dû réséquer plusieurs centimètres carrés de la paroi abdominale où la tumeur s'était creusé une loge irrégulière. Trois mois après la récidive avait lieu. Ordinairement les végétations forment des bourgeons au niveau de la surface des organes sur lesquels elles se fixent : intestin, épiploon et le mésentère. Mais de ce côté il n'y a pas seulement de propagation de proche en proche ; des tumeurs secondaires apparaissent à distance, relativement loin du foyer primitif, et ces sortes de « greffes » constituent une des particularités les plus caractéristiques des kystes végétants. Le volume de ces végétations secondaires varie de celui d'un grain de

millet à celui d'une grosse noix et même plus ; elles sont en général assez fermes, peu colorées et peu vasculaires.

Suivant l'idée qu'on se fait de leur développement, on a caractérisé ces lésions secondaires du terme de « dissémination » (Virchow), de « transplantation » (Goblenz) ou de « greffe ».

La propagation par les lympathiques ou les veines est très problématique et révoquée en doute. Il est plus rationnel d'admettre après MM. Bouilly, Cazenave, Tédenat, que le liquide dans lequel flottent des villosités détachées sert à la dissémination de petits blocs épithéliaux qui se fixent aux divers points du péritoine et s'y multiplient.

Quant à la présence de ces néoformations, loin, sur la plèvre, le poumon, le rein, etc., Poupinel admet qu'il se produit dans la tumeur primitive des transformations adénoïdes carcinomateuses (papillo-carcinome des Allemands) ou colloïdes. Ces néoformations, dont l'activité de développment est très grande en se généralisant, infiltrent d'abord le péritoine et se propagent ensuite par la voie lymphatique pour se fixer sur des organes plus ou moins éloignés.

Pfannenstiel admet que les cellules épithéliales pénètrent par les stomates du péritoine. Elles pourraient ainsi, entrant par les stomates de la face inférieure du diaphragme, s'implanter dans le muscle et le perforer, comme dans le cas de M. Tédenat.

Une contusion peut provoquer l'éclatement de la poche et l'extension des masses papilliformes. La ponction au trocart peut avoir la même conséquence. Voici un cas de ce genre appartenant à M. Tédenat :

« Chez une femme de 45 ans, mère à 23 ans, toujours bien réglée jusqu'à 44 ans, le ventre grossissait depuis un an. J'enlève les deux ovaires ; le gauche contenait deux

poches, le droit une seule grande poche ; toutes les poches étaient remplies d'énormes végétations qui, en certains points, se montraient hors des cavités kystiques, mais ne s'étaient greffées nulle part. L'ascite était abondante. Les végétations extra-kystiques étaient sans continuité avec les végétations contenues dans les poches non rompues.

» La malade amaigrie, pâle au moment de l'opération, fit une guérison très rapide et jouit d'une excellente santé pendant *deux ans*. Je l'ai vue à cette époque, colorée, forte. Deux ou trois semaines après surviennent quelques douleurs abdominales, sourdes, puis plus aiguës. Une ascite abondante se produisit avec perte de l'appétit et des forces. La malade maigrit et, quand elle revint me voir deux mois après la précédente visite, je retirai par le trocart dix litres de liquide légèrement visqueux et brunâtre. Je pus alors mieux palper des nodules volumineux disséminés un peu partout dans l'abdomen. Le liquide ascitique se reproduisit abondant en quinze jours. Dans le trajet suivi par le trocart, je constatai alors l'existence d'une masse cylindroïde, dure, qui venait s'étaler sur la peau à la façon d'une grosse tête de clou bosselé, du volume d'une noix. Cette masse cylindroïde n'était probablement qu'une greffe, dans le trajet de la ponction. La malade succomba cachectique, quatre mois plus tard, après avoir survécu à peu près deux ans et demi. »

Sanger et Penrose citent des faits semblables à celui de M. Tédenat.

On voit que la ponction n'est pas sans danger, en dehors de la possibilité de la blessure d'une veine de la paroi kystique. Aujourd'hui l'infection n'est pas à redouter. Alors, pas de ponction, ni exploratrice ni curatrice. On a bien cité des cas de guérison après ponction de kystes hialins du liga-

ment large, mais dans ces cas, la laparotomie est si bénigne, qu'il faut la pratiquer, surtout si le kyste donne l'impression d'une tumeur incluse dans le ligament large ; alors on a grande chance de tomber sur un kyste papillaire. Les végétations peuvent perforer la poche entre les feuillets des ligaments larges et se développer au loin vers la vessie, le rectum, les côtés de l'utérus; elles contractent des adhérences avec ces divers organes, sans jamais pénétrer dans leur tissu. On comprend les complications qui peuvent résulter de la compression des viscères en contact avec la tumeur. M. Michaux a publié une observation (*Bul. et mém. de la Soc. de chirurg.*, 1900, p. 883) qui est intéressante à un double point de vue : par l'envahissement avec rapidité extrême des végétations dans le tissu avoisinant, et par le fait qu'on a été amené à pratiquer un abouchement de l'uretère droit dans le rectum et que cette intervention a été suivie d'un succès complet.

Chez une malade de M. Tédenat, la déviation et la compression de l'uretère gauche avaient déterminé une pyonéphrose, et, pendant l'opération, la rupture de l'uretère a été inévitable.

La compréssion de l'S iliaque du cœcum peut produire des phénomènes graves d'obstruction intestinale. Ces migrations des kystes papillaires sous le péritoine créent, il est facile de le comprendre, des difficultés opératoires quelquefois insurmontables.

On a de la peine à s'y reconnaître : malgré l'hémostase préventive par forcipressure des pédicules vasculaires (corne utérine et artère ovarienne), il se produit un suintement sanguin abondant, qui a, plus d'une fois, entraîné la mort sur la table d'opération. Il faut aussi compter avec la blessure de l'uretère enfoui dans les végétations extra-kystiques,

avec les portions du tissu pathologique qu'il faudra souvent se résoudre à abandonner.

La présence de ces végétations sur les différents organes, leur étendue, peuvent-elles rendre le pronostic post-opératoire sombre ? Les auteurs ne sont pas d'accord sur cette question. Les uns considèrent cette propagation comme indice d'une extrême gravité ; les autres, au contraire, admettent que, malgré la présence des végétations secondaires, la guérison peut survenir après l'extirpation de la tumeur primitive (MM. Thornton, Terrier, Pozzi, Lawson-Tait), Terrier et Nicaise, après une laparotomie pratiquée à la Salpêtrière, ont observé jadis un kyste multiloculaire végétant ; ils ont purement et simplement refermé le ventre : la guérison se fit sans incident, et la malade est encore en vie (1900).

Lucas-Championnière rappelle l'évolution mystérieuse de ces tumeurs eu citant le fait d'une malade opérée en 1887 en présence de Terrier ; une énorme tumeur végétante remplissait le petit bassin, l'épiploon était envahi. Il a aussi purement et simplement refermé le ventre, et la malade qui avait guéri de son opération est morte, en 1900, après avoir vécu 13 ans.

Cette évolution curatrice de certaines productions épithéliales de l'ovaire est bien connue et a été démontrée par Malassez. Il s'agit d'une véritable dégénérescence scléro-graisseuse tout à fait analogue au processus de guérison des formations tuberculeuses et tout à fait différentes de ce que l'on observe dans les épithéliomas des autres organes.

De ces faits on peut conclure que, tant que la tumeur reste libre et que les végétations n'ont pas perforé la paroi kystique, l'opération est plus simple et le pronostic moins grave, bien entendu, si les végétations restent papillaires ;

si les végétations se sont propagées à distance et ont subi une transformation carcinomateuse, le pronostic est très grave.

Enfin, ces lésions secondaires déterminent toujours sur la séreuse une inflammation chronique caractérisée par l'épaississement, la rougeur et les adhérences membraneuses.

Ascite. — L'ascite est la règle chaque fois que la tumeur kystique s'est généralisée à la séreuse ; elle existe d'ailleurs avant ce moment et alors que la tumeur est encore localisée. Mais il n'y a aucun rapport entre le volume et le nombre des végétations et l'abondance de l'ascite (Legueu).

La rapidité et l'abondance de la reproduction de l'ascite après ponction est très variable ; quelquefois les malades restent très longtemps, après la ponction, sans ascite. Des exemples d'autre part montrent avec quelle rapidité l'ascite se reproduit ; ainsi M. le professeur Tédenat a ponctionné une malade 55 fois en trois ans et a fini par faire l'ovariotomie ; une malade de Peaslee a subi 605 ponctions en treize ans, sans présenter aucun signe de cachexie. Le liquide est séreux et citrin ou hématique ; quelquefois il est gélatineux, rarement colloïde.

Le liquide séreux renferme une grande quantité d'albumine et de paralbumine, souvent quelqnes globules rouges.

Il se distingue de l'ascite cardiaque ou hépatique et de toute autre ascite par la grande quantité de matériaux fixes que Quénu a évalué de 75 à 80 gr. par litre en moyenne, et par les cellules épithéliales cylindriques, à cils vibratils caliciformes (d'après Goblenz).

La pathogénie de l'ascite a causé de nombreuses discussions ; nous les empruntons à la thèse d'Apostolakis qui les a très bien résumées.

On attribue la production de l'ascite à la compression vasculaire que la tumeur pourrait occasionner en se développant. Cette théorie ne peut s'appliquer qu'à un nombre très restreint des kystes papillaires de l'ovaire.

D'autres croyaient que la rupture du kyste suffirait pour produire l'ascite.

Enfin, l'opinion admise aujourd'hui par un grand nombre d'auteurs est celle qui admet que le liquide ascitique proviendrait de la sécrétion épithéliale des végétations. Le revêtement épithélial de celles-ci, disposé en plusieurs couches, présente très souvent dans divers points la transformation caliciforme ou vésiculeuse de certaines cellules superficielles.

Le protoplasma de ces cellules se fond et, en s'échappant au dehors, produit l'ascite.

Ces cellules disparaissent et sont remplacées par d'autres qui agissent de la même façon.

On pourrait rapprocher ce travail sécrétoire de celui qui se fait à la surface de la muqueuse intestinale, où la transformation des cellules cylindriques en cellules caliciformes n'est pas rare.

D'autre part, on admet aujourd'hui que le liquide contenu dans les kystes provient de la sécrétion épithéliale de leur paroi interne. Or, une fois la poche kystique rompue, il est aisé de comprendre que le revêtement épithélial des végétations pourra continuer son travail de secrétion et produire ainsi l'ascite.

Cette opinion est généralement admise par la plupart des auteurs. Mais l'activité cellulaire n'est pas le seul facteur qui intervient à la production de l'ascite ; on doit tenir compte aussi de l'osmose, comme le fait remarquer Quénu, mais d'ailleurs d'une façon secondaire.

La matière colloïde sécrétée par les végétations ou déver-

sée par les petits kystes dans la cavité péritonéale agirait par dialyse, à travers le péritoine, sur le sérum sanguin, et serait ainsi la cause d'une production de liquide qui, se mélangeant avec les autres produits sécrétés, augmenterait le liquide ascitique.

M. Pozzi croît que le rôle des phénomènes d'osmose est exagéré. Pour cet auteur, « point n'est besoin de cette considération pour comprendre la production de l'épanchement ascitique causé par l'irritation d'un liquide pathologique. L'ascite constitue un véritable mode de défense du péritoine, quand il n'a pu isoler le corps irritant par la production d'adhérences. » Il est possible que tous ces facteurs interviennent dans la production de l'ascite, mais leur rôle est tout à fait secondaire. M. Tédenat pense qu'il faut accorder une fonction sécrétoire assez active aux cellules caliciformes, et que la grande partie de la production de l'ascite est due à cette activité cellulaire.

SYMPTOMES

Les kystes papillaires sont excessivement rares avant la puberté. Beyea cependant en a observé des cas dès l'âge de 8 ans. Longtemps après la ménopause, ils sont encore rarement observés. On les observe surtout à l'âge adulte, quand la femme est en pleine activité sexuelle, entre 30 et 50 ans, mais ceci n'a rien d'absolu. On a vu des kystes papillaires après 75 ans. Il est bien difficile d'établir l'âge du début de ces kystes.

Ils sont relativement fréquents. Olshausen estime la fréquence à 12 0/0. Cohn relève, sur 600 ovariotomies, 52 kystes végétants, soit environ 9 0/0. Poupinel donne le chiffre de 10 0/0, Creig-Smith accuse une moyenne de 12 0/0 ; enfin M. Tédenat, sur 382 ovariotomies, note 34 ovariotomies pour kystes papillaires, ce qui donne 11 0/0 environ.

Tous les auteurs ont remarqué que ces tumeurs sont presque toujours bilatérales ; cette bilatéralité est de 75 0/0 (Stephen Howell). Sur 34 ovariotomies pour kyste papillaire, M. Tédenat a enlevé 20 fois les deux ovaires, soit 58 0/0 ;

mais, comme nous l'avons déjà dit en étudiant l'anatomie pathologique, les deux ovaires ne sont pas également atteints en même temps, et voilà pourquoi ce chiffre de 58 0/0 est de beaucoup inférieur à la réalité, et la plupart des auteurs admettent que la bilatéralité est la règle.

L'existence de grossesses antérieures ou l'hérédité ne paraissent jouer aucun rôle dans la genèse de ces tumeurs.

En clinique, une femme vient consulter, parce qu'elle s'aperçoit que son ventre grossit depuis quelque temps ; jusque-là les kystes papillaires de l'ovaire suivent leur évolution avec une marche très lente; quelquefois cependant la malade, avant d'avoir vu son ventre grossir, éprouve quelques douleurs lancinantes au bas-ventre, dues à une légère inflammation de l'ovaire malade.

Généralement on n'observe aucun trouble de la menstruation ; cependant quelquefois il survient une dysménorrée ou métrorragie, qui n'ont, d'ailleurs, rien de caractéristique.

L'ovaire augmente de volume progressivement, l'ascite devient alors plus abondante et surtout après que la séreuse est envahie ; la compression des organes du petit bassin ne tarde pas à produire des troubles du côté de la vessie et de l'intestin : difficulté de la miction et de la défécation ou incontinence.

En somme, c'est l'ascite qui est le symptôme précoce et révélateur du kyste; plus tard, l'amaigrissement et la douleur viendront compléter le tableau clinique.

Dans certains cas, les douleurs sont apaisées au moment des règles, plus rarement on a noté leur exagération (Beyea).

On peut distinguer deux phases dans l'évolution des kystes papillaires de l'ovaire:

1° Tumeur pelvienne ; 2° tumeur abdominale.

1° *Tumeur pelvienne.* — Le palper, le toucher ou les deux combinés donnent des renseignements très utiles sur la forme, le volume et la consistance des kystes papillaires, mais à la condition que ceux-ci acquièrent un volume au moins double du volume de l'ovaire normal. Quand ces tumeurs sont incluses dans le ligament large, ce qui est le cas le plus fréquent, elles immobilisent l'utérus et paraissent faire corps avec lui : par le toucher vaginal, les culs-de-sac du vagin n'existent plus ; remplis qu'ils sont par ces tumeurs irrégulières, dures, peu douloureuses, ils donnent la sensation de déprendre de l'utérus et nullement des ovaires ; le diagnostic alors devient difficile, surtout si les troubles ne sont pas bien marqués.

La tumeur, en se développant d'un seul côté, peut faire dévier l'utérus du côté opposé, en avant ou en arrière. Il est exceptionnel d'arriver à sentir des végétations, pour cela il faut que l'ascite soit peu abondante.

2° *Tumeur abdominale.* — Avec l'évolution de la maladie, la tumeur, qui était pelvienne, commence à grossir et devient peu à peu abdominale ; alors deux cas se présentent : ou bien l'ascite est peu abondante et on sent nettement une tumeur, qu'on peut délimiter, circonscrire et sentir les végétations externes ; ou bien ce liquide est très abondant, et alors on a une paroi abdominale tendue, empêchant toute exploration.

La circulation veineuse devient très marquée sur la paroi abdominale, principalement dans la partie des fosses iliaques, ce qui peut faciliter le diagnostic avec l'ascite par cirrhose hépatique, dans laquelle la circulation collatérale est sus-ombilicale.

La compression des vaisseaux iliaques par la tumeur peut amener un œdème des membres inférieurs.

La dyspepsie, la dyspnée, des palpitations viennent s'y ajouter et forcent le médecin à recourir à la paracentèse abdominale, qui est égale à une saignée et fatigue beaucoup les malades. Le liquide se reproduit vite, un amaigrissement profond avec cachexie s'ensuit, et la mort ne tarde pas à arriver.

Quelquefois on a observé le phénomène de « va-et-vient » (John Martin), c'est-à-dire que la tumeur diminue de volume au moment des règles et augmente dans l'intervalle.

L'évolution reste lente tant que les végétations restent localisées dans le kyste; mais, dès que le péritoine est envahi, la marche est rapide.

Complications. — Nous avons vu que les kystes papillaires de l'ovaire ont le pédicule presque toujours court, par conséquent la torsion doit être excessivement rare. M. Tédenat l'admet, tout en reconnaissant, qu'elle est exceptionnelle, comme une complication très grave. Léopold pense que la torsion, en anémiant la tumeur, peut amener une dégénérescence graisseuse et l'arrêt définitif de leur évolution. Une complication plus grave est celle rapportée par Cazenave : une double perforation de la vessie et du còlon iliaque, amenant la péritonite mortelle. Enfin, il faut signaler la généralisation dans le cas de carcinomatose.

DIAGNOSTIC

L'intervention hâtive étant de grande importance pour le pronostic, il faut que le diagnostic des kystes papillaires soit posé de bonne heure. Mais ce diagnostic est très difficile.

On doit supposer l'existence d'un kyste papillaire lorsqu'on aura affaire à des tumeurs bilatérales, lorsqu'une ascite existe en même temps qu'une petite tumeur se développe rapidement.

Les phénomènes de compression sont la conséquence de l'accroissement de cette tumeur.

Par la combinaison du toucher vaginal et rectal, on obtient une sensation de crépitement analogue au crépitement que donnerait la pression sur un sac de riz, ou la sensation d'une éponge, ce qui est le signe de Duret.

L'irrégularité de ces tumeurs, leur extension dans le petit bassin, l'utérus immobilisé par les masses végétantes, et tout cela accompagné d'un mauvais état général, est très caractéristique dans les kystes papillaires.

Le diagnostic différentiel de ces tumeurs doit être fait avec la péritonite tuberculeuse à forme ascitique. Ce diagnostic est assez difficile, quoique la douleur, sur laquelle a tant

insisté Guéneau de Mussy, la fièvre, le volume du ventre, les irrégularités d'une consistance faible, que l'on sent au toucher, et enfin d'autres manifestations de la tuberculose, aideront à éclairer le diagnostic. L'augmentation de volume du ventre, d'ailleurs, est souvent due au météorisme de l'intestin.

Les kystes simples de l'ovaire ne s'accompagnent généralement pas d'ascite, et l'irrégularité caractéristique, par la palpation, des kystes papillaires, n'existe pas dans les kystes simples de l'ovaire.

On pourrait encore confondre les kystes papillaires rompus avec le sarcome de l'ovaire. Ces tumeurs, d'abord très rares, ont un développement plus rapide, et l'ascite est précoce.

Quelquefois le cancer du péritoine et les suppurations pelviennes prêtent facilement à confusion ; ces derniers ne s'accompagnent pas d'ascite. La grossesse a été également quelquefois confondue avec un kyste papillaire.

Enfin, dans les cas difficiles, la ponction peut rendre de grands services, permettant d'analyser le liquide retiré ; ce liquide, nous l'avons vu, est de nature sanguinolente, et très riche en matériaux fixes, dans le cas de kyste papillaire de l'ovaire.

PRONOSTIC

D'après mon expérience personnelle, dit Lawson-Tait, il y a des papillomes bénins, d'autres malins, sans que l'aspect macroscopique renseigne sur les tendances évolutives. On voit de grosses masses laissées dans une opération incomplète se résorber peu à peu, et les opérées jouissent d'une bonne santé.

On voit aussi des tumeurs complètement enlevées se reproduire.

On admet que la malignité est différente suivant la déviation du type anatomique ; quand les éléments anatomiques s'éloignent beaucoup de la structure normale, la malignité est plus grande ; mais, pour Bouilly, la malignité de ces tumeurs n'est pas tant dans leur structure que dans le séjour plus ou moins prolongé de la lésion dans la cavité abdominale. Et, en effet, Martin, Pozzi, Bouilly, Doran, Tédenat, citent des cas de guérison durable après des opérations précoces et plus ou moins complètes ; il faut donc, tout en faisant des réserves sur le pronostic opératoire et thérapeutique, conclure avec M. Tédenat en faveur de l'intervention

radicale, espérer plus d'une opération précoce que d'une opération tardive, sans oublier que des ablations incomplètes ont été suivies de très longues survies.

Quand une tumeur primitive est anatomiquement maligne, les chances de guérison sont moins grandes et les récidives plus fréquentes : sur 20 cas d'adéno-carcinome papillaire de l'ovaire observé par Pfannenstiel, M. Degardin trouve :

1 mort avant l'opération ;

2 morts des suites de l'opération ;

13 morts de récidives de deux mois à deux ans et demi après (1 cas); en moyenne huit mois et demi ;

4 guérisons sans récidive connue (une malade suivie depuis cinq ans et demi).

Cette statistique montre que les tumeurs même atypiques sont susceptibles de guérison, quoique la récidive soit le plus fréquente ; donc, au point de vue pronostic, on ne trouve pas une démarcation bien nette de la bénignité ou de la malignité de ces tumeurs.

Rappelons à cette place les recherches toutes récentes de MM. Pozzi et Bender sur l'état du sang dans les kystes de l'ovaire en général, en rapport avec leur malignité (*Presse médicale*, sept. 1903) : 1° Quand, avec un chiffre normal de globules rouges, on trouve un nombre de leucocytes variant entre 6 et 8.000, il s'agit d'un kyste bénin ; 2° Quand on constate de la leucocytose, mais un chiffre à peu près normal de globules rouges, on ne peut pas affirmer la nature maligne du kyste ; 3° *Quand on constate une hypoglobulie des globules rouges avec une leucocytose plus ou moins accentuée, on doit penser à une dégénérescence épithéliale.*

Cet examen n'a été signalé dans aucune de nos observations, par conséquent nous ne pouvons pas juger de sa valeur diagnostique et pronostique.

Bouilly, dans sa communication au Congrès de chirurgie de 1897, disait : « Entre bénignité et malignité des tumeurs végétantes de l'ovaire, il y a l'épaisseur d'un cheveu. » Voici le tableau qu'il donne comme statistique des 42 cas opérés par lui de kystes papillaires.

Sur 42 opérées :

17 succombent rapidement.

6 autres dans les six mois.

2 inconnues.

Ce qui donne un total de 25.

Les résultats éloignés portent sur 17 cas. Dans 7 cas, la guérison s'est maintenue ou paraît se maintenir après une seule opération :

Depuis	5	ans	et 3 mois	....	1	cas
»	3	»	10 »	....	2	»
»	2	»	11 »	....	1	»
»	1	»	10 1/2	....	1	»
»	1	»	8 »	....	1	»
»	1	»		....	1	»

Dans 5 cas il a eu guérison après une récidive et seconde opération :

a) Récidive deux ans et demi après ; depuis cinq ans et neuf mois.

b) Récidive dix-huit mois après. Guérison depuis 2 ans.

Dans un cas, mort sept ans après la première opération, suivie de deux récidives opérées.

Dans quatre cas : récidive et mort survenues après une période plus ou moins éloignée de l'opération (en moyenne 10 mois).

Les autres :

a) Récidive au bout de dix-huit mois : mort dix-huit mois après deuxième opération (survie de trois ans).

b) Récidive au bout d'un an ; mort six mois après une deuxième opération (survie de dix-huit mois).

c) Récidive au bout de dix mois ; mort huit mois après deuxième opération (survie de dix-huit mois).

D'après les 57 observations que nous avons pu réunir, nous trouvons dans 26 cas :

Survie après l'opération :

Moins de 3 mois...........	7 cas.
Moins d'un an.............	2 cas.
D'un an à deux ans........	4 cas.
De deux ans à cinq ans....	6 cas.
De plus de cinq ans.......	7 cas.

Dans ces derniers cas, nous notons 1 cas de 9 ans de survie, un autre de 8 ans et un de 7 ans.

Dans les autres 31 cas, les patientes, en parfaite santé, sont en observation encore :

Depuis un an..............	2 cas.
Depuis deux ans...........	9 cas.
Depuis quatre ans..........	6 cas.
Depuis plus de cinq ans....	14 cas.

Parmi ces derniers 14 cas, il y en a un où la santé se maintient depuis 20 ans, un autre depuis 15 ans, un depuis 11 ans et un depuis 10 ans.

D'après notre statistique, on peut remarquer que la guérison et la survie de plus de 5 ans est environ de 35 0/0 des cas.

Malgré l'effort que nous nous sommes donné pour résumer la question du pronostic, celui-ci reste encore difficile à formuler.

En étudiant nos observations, nous constatons que la survie est plus longue après une intervention précoce et radicale ; les cas de courte survie sont généralement consé-

cutifs à la dégénérescence cancéreuse de ces tumeurs, sans qu'on puisse la prévoir d'avance. La récidive et la généralisation sont également d'un pronostic fâcheux, bien qu'on ait observé des guérisons durables après une généralisation aux organes et une intervention incomplète et retardée. La gravité tient encore à plusieurs autres facteurs : 1° bilatéralité du kyste ; 2° ascite ; 3° inclusion intraligamentaire (18 0/0 des cas), torsion du pédicule.

Enfin, tant que la paroi kystique reste intacte, le pronostic opératoire est plus bénîn.

TRAITEMENT

Faut-il opérer les kystes papillaires de l'ovaire ?

La question a été longtemps discutée, mais aujourd'hui c'est un fait acquis : il faut opérer les tumeurs végétantes de l'ovaire.

Dès qu'on a fait le diagnostic, l'opération s'impose, et, plus elle est précoce, mieux elle réussit. D'une part, pour la malade, l'opération ne présente aucun danger; d'autre part, l'intervention précoce est plus aisée pour le chirurgien.

Nous avons vu que ces tumeurs peuvent contracter des adhérences, se transformer en néoplasmes malins et rendre ainsi l'opération difficile et de plus en plus grave. Il faut opérer, même si l'opération doit être incomplète, à cause des adhérences ou de la généralisation des végétations secondaires, car on a vu les tumeurs s'arrêter dans leur évolution, s'atrophier et la santé revenir (Olshausen, Freund, Bouilly, Lawson-Tait, Wendeler, Tédenat).

Donc l'expectation est dangereuse.

L'ascite ne présente pas une contre-indication pour l'opération, comme veulent l'admettre Duplay et Duret en disant

que, lorsque l'ascite est abondante, il existe presque toujours une altération profonde du côté de l'utérus et des ovaires (Duplay, *Arch. g. de méd.*, 1879). Mais on a observé des malades qui guérissent après avoir subi à la suite de l'opération un nombre considérable de ponctions.

La contre-indication, comme l'a remarqué Sébileau, n'est que dans le cas d'une cachexie avancée ou de mort imminente. M. Tédenat pense que l'opération ne doit pas être permise aussi, quand les végétations s'étendent à la cavité abdominale proprement dite et quand elles ont migré dans les espaces connectifs sous-péritonéaux.

Les opérations palliatives, telles que la ponction évacuatrice, la laparotomie exploratrice, sont à rejeter ; elles ne peuvent, en effet, être utiles que dans les cas d'extrême urgence, tels que l'asphyxie imminente, refoulement du cœur, etc.

Ce qu'il faut, c'est une opération aussi radicale que possible : une extirpation. Elle est en général aisé, quand les tumeurs restent petites et bien limitées à l'ovaire ; mais elle devient difficile, quand les adhérences avec les organes voisins sont faites; elle est laborieuse, quand la tumeur a pénétré dans le ligament large (Bouilly, Tédenat).

Terrillon fait remarquer que « l'inclusion dans le ligament large est la plus grave question de la chirurgie abdominale.» Pour M. Tédenat cette difficulté n'existe guère que pour les grosses tumeurs, l'essentiel est de reconnaître l'inclusion dès que le ventre est ouvert et d'aller droit au pédicule vasculaire.

Quoi qu'il en soit, l'essentiel est d'enlever tout ce qu'on peut de la tumeur et de ses végétations secondaires.

Tous les auteurs, comme Legueu, Gessner, Tédenat, sont d'accord pour enlever systématiquement les deux ovaires,

même si l'un des deux paraît sain ; parce que, tôt ou tard, il devient à son tour kystique.

Quand l'opération ne peut pas être complète et s'accompagne d'une petite hémorragie, qui est assez fréquente, Pozzi, Legueu, Beyea, conseillent de drainer et de mettre de la gaze iodoformée, qui agit comme un bon hémostatique et évacuateur.

Pour pratiquer plus facilement la décortication de la tumeur, Beaussenat et Bender pensent qu'il est bon de procéder à l'hystérectomie.

Il serait long de décrire les procédés et la technique opératoire, qui ne se distinguent pas de celles des kystes simples.

En résumé, pour les kystes papillaires il faut : *a*) opérer le plus tôt possible ; *b*) enlever le plus de tumeur possible ; *c*) supprimer les deux ovaires et drainer.

OBSERVATIONS

Observation I

(Professeur Tédenat)
(Inédite)

Kyste papillaire de l'ovaire droit, — Gros myome utérin. — Ascite hémorragique. — Ablation totale utéro-ovarienne. — Guérison persistant depuis trois ans.

Mme Eugénie Vid..., 38 ans. De forte complexion, sans antécédents héréditaires ou personnels, réglée à 12 ans. Accouchement à 21 ans ; est adressée à M. Tédenat par le docteur Raymond (d'Azille), le 3 juin 1902.

Depuis un an, les règles durent une dizaine de jours, très abondantes ; la malade éprouve de vagues douleurs dans le ventre qui grossit peu à peu. Anémie progressive, insuffisamment expliquée par les hémorragies et d'aspect vraiment dangereux. Rien à noter du côté du cœur et des

poumons. Dyspepsie, constipation, un peu d'œdème des membres inférieurs.

L'exploration combinée montre : ascite de moyenne abondance ; utérus gros atteignant l'ombilic, à gros mamelons. Masse molle, noueuse dans la partie droite du cul-de-sac postérieur. La malade est soumise pendant huit jours à des lavements de 250 gr. d'eau salée, additionnée de 5 milligr. de sulfate de strychnine pour augmenter la diurèse réduite à 300 gr. et combattre l'affaissement cardiaque. Pas de résultats appréciables.

12 juin. — Laparotomie. Quatre litres de liquide séro-sanguinolent; on enlève du Douglas plus d'un kilogr. de caillots sanguins anciens ou récents. On voit alors un gros utérus myxomateux, bosselé. Une bosselure du volume du poing adhère fortement à un kyste ovarique qu'elle comprime contre la paroi pelvienne droite. Ce kyste, avec les masses papillaires végétantes, a l'aspect d'une éponge sanguine.

Ligature des ligaments infundibulo-pelviens, décollement du péritoine préutérin, ligature des artères utérines. Amputation subtotale de l'utérus. Suture régulière des brèches du ligament large. La toilette du pelvis se fait lentement à cause des caillots sanguins anciens et adhérents dans le Douglas.

Guérison rapide par réunion immédiate. La malade quitte la maison de santé le 13 juillet 1902. L'état anémique disparaît lentement ; la santé est parfaite (juin 1905).

L'utérus myxomateux pesait 2850 gr. L'ovaire droit formait une masse de 1130 gr. composée de deux poches kystiques bourrées de végétations molles en chou-fleur et de végétations nées à la surface de l'ovaire et formant avec celles-ci une masse du volume d'une mandarine.

L'examen microscopique montra la structure habituelle des végétations (épithélium cylindrique à cils vibratiles par places très développées ; stroma fibreux sans infiltration épithéliale).

Observation II

(Professeur Tédenat)
(Inédite)

Kystes papillaires des deux ovaires. — Ascite énorme, — Guérison persistant depuis 4 ans.

Mme Vil... Fa... 51 ans, réglée à 12 ans, toujours régulièrement ; deux accouchements normaux. Les règles toujours régulières (3-4 jours), suspendues à 49 ans. Alors vagues douleurs abdomino-pelviennes. On découvre une tumeur qui est regardée comme un fibrome, et la malade est envoyée à Salies-de-Béarn, 1900-1901. En septembre 1901, quelques jours après la deuxième saison à Salies, le ventre augmente rapidement de volume, avec des douleurs sourdes. M. Tédenat voit la malade le 6 octobre 1901 ; ascite énorme à travers laquelle on sent une tumeur noduleuse qui est perceptible par le vagin. Utérus encadré par la tumeur. Malade très amaigrie, d'aspect cachectique. Œdème des membres inférieurs et de la vulve. Pouls à 110. L'urine varie de 200 à 250 grammes, avec 6 à 8 grammes d'urée totale. Respiration difficile. 7 octobre : ponction qui donne 14 litres de liquide brun clair. La malade prend matin et soir un lavement salé de 250 grammes. En 5 jours l'urine atteint 1200 grammes, l'urée totale varie de 16 à 19 grammes. L'œdème disparaît, le pouls est à 80, la respiration

est plus facile, l'état général subit une légère amélioration. On ne peut opérer la malade, son mari ayant été pris à ce moment d'une pneumonie très grave.

Le 25 octobre, l'ascite était revenue très abondante, l'urine rare, l'état général mauvais. Une deuxième ponction pratiquée le 26 octobre donne 13 litres de liquide brun clair. Sous l'influence de lavements, l'urine augmente de volume, l'urée passe de 5 grammes à 20 grammes en 4 jours, l'albuminurie légère disparaît. Il fallut, à cause de la maladie du mari, attendre au 12 novembre. A ce moment, l'ascite s'était reproduite, l'oligurie, l'hypoazoturie aussi. Le pouls était rapide (110), faible, la respiration gênée.

Opération 12 novembre 1901. Après injection de 3 milligrammes de sulfate de strychnine, anesthésie au mélange A. C. E. Incision médiane donnant issue à 12 litres de liquide ascitique. Tout le ventre jusqu'à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic est rempli de masses végétantes contenues *dans des kystes monoloculaires* des deux ovaires et herniées hors des poches. Végétations arborescentes développées à la face externe des kystes. Le kyste gauche, le plus gros (2300 grammes après l'évacuation du contenu liquide), avait un court pédicule qui fut facile à lier. Le kyste droit en partie inclus fut énucléé du ligament large et enlevé avec l'appendice iléo-cœcal. Capitonnage des lambeaux du ligament large. Le kyste droit pesait 1880 grammes vide. Malgré que l'opération fut courte (25 minutes) et l'hémorragie insignifiante, le shock fut grave : pendant 24 heures on fit cinq injections de sérum de 500 grammes chacune, des injections de strychnine. Après les alertes, la guérison fut rapide, par réunion immédiate... Mme Vi... Fa... a engraissé, a de belles couleurs, n'a aucune

douleur. M. Tédenat l'a examinée récemment et n'a trouvé aucun signe de récidive.

C'est un des kystes opérés par M. Tédenat contenant les végétations les plus abondantes, les plus ramifiées, les plus débordantes hors de la cavité kystique.

Observation III

(Professeur Tédenat)
(Inédite)

Kyste biloculaire inclus de l'ovaire gauche, bourré de végétations intra-kystiques. — Végétations superficielles de l'ovairedroit. — Excision des deux ovaires. — Guérison persistant depuis 5 ans. — Ascite abondante.

Mme Julie G.., 33 ans, de bonne santé habituelle, réglée régulièrement depuis l'âge de 12 ans. Accouchement normal à 24 ans. Depuis 3 ans, règles prolongées (8 ou 10 jours au lieu de 3 ou 4) avec caillots ; pesanteurs lombo-abdominales. Le ventre a grossi beaucoup depuis six mois. La malade est adressée à M. Tédenat, le 4 mai 1900.

Amaigrie, dyspeptique. Ascite énorme à travers laquelle on sent une masse nodulaire, dure, fixée dans le bassin, vaguement perceptible dans le cul-de-sac postérieur. Utérus refoulé à droite et à peu près immobilisé. Rien au cœur ni aux poumons. Urine normale. M. Tédenat pense à un kyste papillaire et conseille une opération qui est acceptée.

7 mai. — Laparotomie médiane. 15 litres de liquide brun foncé, filant. Le ligament large gauche est déformé par une tumeur bosselée. Impossible de la pédiculer. Pince sur la corne utérine, ligature de l'artère ovarienne contre la paroi

pelvienne, non sans quelques difficultés. Incision transversale du ligament large. Enucléation facile de la poche kystique. Surjet capitonné du ligament large.

L'ovaire droit, du volume d'une mandarine, porte des végétations ramescentes et quelques menus kystes au niveau du hile, contenant eux aussi des végétations. Il est enlevé.

Pas d'accidents postopératoires. Guérison rapide. La malade quitta la maison de santé le 3 juin 1900. La guérison persiste avec une excellente santé (mai 1905).

Observation IV

(Professeur Tédenat)

(Inédite)

Kyste monoloculaire de l'ovaire droit contenant un liquide séreux et de nombreuses végétations. — Accidents péritonitiques par torsion du pédicule. — Ablation. — Guérison datant de 3 mois.

Mme S..., 30 ans, de complexion forte, toujours bien réglée dès l'âge de 12 ans, sans enfants. Pas de pertes blanches. Menstruations durant 3 jours.

En septembre 1904, à la suite d'une marche un peu longue, poussée de péritonite : douleurs vives, vomissements, ventre légèrement ballonné. Après six jours de repos, de glace sur le ventre, les accidents péritonitiques disparurent. Nouvelle poussée péritonitique dans les premiers jours de janvier (1905), plus légère. Le docteur Nègre (de Nimes), constate l'existence d'une tumeur du volume des deux poings. Il persiste un endolorissement du ventre, des douleurs pelviennes, la tumeur augmente assez rapidement. Elle atteint l'ombilic quand la malade est examinée par

MM. Nègre et Tédenat (5 février 1905). Elle est arrondie, mobile, tendue, avec une vague fluctuation, rejetant l'utérus en arrière et à gauche. L'utérus est petit, à col allongé, à ouverture arrondie, étroite. Etat général excellent.

15 février. — LAPAROTOMIE. Pas d'ascite, quelques adhérences de l'épiploon récentes et molles. La ponction du kyste donne 4 litres de liquide séreux brunâtre. Long pédicule tordu deux fois. Sa ligature est faite au catgut. L'opération dure dix minutes. Guérison rapide et sans incident.

La poche kystique portait de grandes nappes d'hémorragie interstitielle semblant par leur jaune ocre, feuille morte par endroits, correspondre aux phénomènes de torsion du pédicule.

Le kyste monoloculaire était dans toute son étendue recouvert de végétations à sa face interne, beaucoup plus développées au niveau du hile. Trompe saine, mais très allongée (28 centimètres).

La malade, revue par M. Tédenat à la fin d'avril, avait eu ses règles régulières sans douleur. Santé parfaite.

L'ovaire gauche et sa trompe, parfaitement sains lors de l'opération, furent conservés.

Observation V

(M. HENKEL, *Presse médicale*, avril 1904)

Kyste papillaire des deux ovaires. — Récidive. — Guérison persistante depuis sept ans.

La malade avait subi en 1896 une double ovariotomie pour kyste végétant des deux ovaires avec ascite. En 1898, apparition d'une fistule vaginale, au niveau du cul-de sac

droit; la fermeture de cette fistule par la voie vaginale ne réussit qu'après de nombreuses tentatives. En 1901, la fistule se trouve en même temps qu'apparaissent des signes de récidive abdominale avec ascite. Deuxième laparotomie : ablation des masses néoplasiques et fermeture de la fistule par la voie abdominale.

Le 15 août 1903, la femme revient avec une tumeur vaginale végétante polypeuse du volume d'un petit œuf de poule, qui donne lieu à de fréquentes hémorragies. Dans le ventre il n'y a pas trace de récidive néoplasique ni d'ascite. La tumeur vaginale fut extirpée et le microscope démontra qu'elle présentait absolument la même structure histologique que la tumeur ovarique enlevée dans la première opération. Depuis, la malade est restée parfaitement guérie.

Obs. VI. — Tédenat (*Montpellier médical*, 1901). — 36 ans. Kyste papillaire droit. Récidive. Opér. 2 juin 1889. Huit ans après, récidive sur l'ovaire gauche. Mort 1 an après. Survie de 9 ans.

Obs. VII. — Id., *Ibid.* — 27 ans. Kyste de l'ovaire gauche avec nombreuses végétations. Opér. 3 mai 1883. Quatre ans après récidive sur l'ovaire droit. 15 ans après, la femme est en bonne santé (1898).

Obs. VIII. — Id., *Ibid.* — 45 ans. Tumeur incluse dans le ligament large droit avec nombreuses végétations. Opér. 5 nov. 1887. Récidive onze mois après. Mort 1 an après. Survie de deux ans.

Obs. IX. — Id., *Ibid.* — 32 ans. Deux kystes papillaires adhérant l'un à l'autre et à l'intestin. Opér. Guérison rapide.

Obs. X. — Id., *Ibid.* — 45 ans. Kyste papillaire des deux ovaires. Opér. Récidive deux ans et demi après. Mort quatre mois après la récidive. Survie de deux ans et demi.

Obs. XI. — Id., *Ibid.* — 43 ans. Kyste avec production papillaires sur les deux ovaires. Plusieurs ponctions. Opér. 23 avril 1886. Mort deux jours après l'opération.

Obs. XII. — Id., *Ibid.* — 54 ans. Tumeur papillaire incluse et adhérente à l'utérus. Opér. 14 avril 1891. Sept ans après, santé parfaite.

Obs. XIII. — Id., *Ibid.* — 48 ans. Tumeur végétante avec adhérences sur la vessie et l'S iliaque. Opér. juillet 1892. Mort en 1900 d'urémie. Survie de 8 ans.

Obs. XIV. — Id., *Ibid.* — 33 ans. Kyste ovarique monoloculaire gauche inclus, avec quelques végétations intra-péritonéales. Opér. 10 mai 1887. Récidive deux ans et demi après. Seconde opération. 11 ans après, la guérison persiste.

Obs. XV. — Id., *Ibid.* — 37 ans. Kyste papillaire inclus avec végétations perforant le péritoine. Opér. 27 août 1890. Mort quatre jours après.

Obs. XVI. — Id., *Ibid.* — 29 ans. Kyste papillaire inclus. Opér. 3 déc. 1893. 5 ans près, la guérison persiste.

Obs. XVII. — Id., *Ibid.* — 34 ans. Kyste papillaire monoculaire bilatéral, avec croisement des pédicules. Opér. Santé parfaite depuis plusieurs années.

Obs. XVIII. — Panas (*Bull. Soc. de chir.*, 1871, p. 111, et 1874, p. 324). — 40 ans. Kyste papillaire multiloculaire proliférant à contenu gélatineux. Opér. 4 août 1870. Récidive avec cancer du sein. Mort 5 ans après.

Obs. XIX. — Winckel, cité par Olshausen (*Pitha et Billerotti*, vol. IV, 1re partie, p. 382). — 42 ans. Kyste proliférant. Opér. 13 février 1879. Mort huit mois après.

Obs, XX. — Terrillon. — Kyste multiloculaire avec paroi interne végétante. 24 ans. Opér. 4 déc. 1882. Mort un an après avec cancer de la paroi.

Obs. XXI. — Spencer Wells (*Med. chir. Trans.*, 1863, vol. XLVI, p. 47, n° 3). — Kyste proliférant. 33 ans Opér. avril 1861. Mort trois mois après.

Obs. XXII. — Cazenave (Thèse Paris, 1895). — Kyste de l'ovaire droit, avec tumeur végétante, située à la base du pédicule. Ascite. 22 ans. Opér. 14 mars 1886. Mort 4 jours après.

Obs. XXIII. — Id., *Ibid.* — Cystoépithélium inclus dans le ligament large gauche, avec végétations papillaires sur la surface externe. 35 ans. Opér. 28 oct. 1887. Récidive 5 ans après au côté droit. Mort 2 ans après une seconde opération. Survie : 7 ans.

Obs. XXIV. — Id., *Ibid.* — 54 ans. Kyste prolifère glandulaire avec masses végétantes. Opér. 7 avr. 1891. Récidive et mort 3 mois et demi.

Obs. XXV. — Id., *Ibid.* — 24 ans. Kyste prolifère papillaire avec métastase péritonéale. Opér. 1er mars 1891. Survie : plus d'un an.

Obs. XXVI. — Id., *Ibid.* — 39 ans. Kystes papillaire avec greffes péritonéales. Opér. 10 janv. 1894. Trois récidives en 7 mois. Après 1 an 1/2 la malade se porte encore bien.

Obs. XXVII. — Id., *Ibid.* — 34 ans. Kyste papillaire avec métastase péritonéale multiple, présence du pus dans certaines cavités kystiques. Opér. 27 juillet 1893. La malade, vue deux ans après, vit encore.

Obs. XXVIII. — Id., *Ibid.* — 35 ans. Kyste papillaire des deux ovaires. Propagation péritonéale avec ascite et adhérences intestinales. Péritonite chronique. Opér. 18 avr. 1893. Deux ans après, la femme est encore en excellente santé.

Obs. XXIX. — Id., *Ibid.* — 30 ans. Kyste intraligamentaire du côté droit. Tumeur papillaire végétante gauche. Opér. 14 février 1894. Vue trois mois après, la malade est en bonne santé.

Obs. XXX. — Id., *Ibid.* — 36 ans. Tumeurs papillaires. Ablation incomplète en 1885. Opér. 4 juin 1894. La malade vit encore 10 ans après.

Obs. XXXI. — Hadjès (Thèse Paris, 1889). — 40 ans ans. Kyste végétant gauche. Ovariotomie incomplète. Opér. 16 janvier 1886. Mort un an après.

Obs. XXXII. — Id., *Ibid.* — 46 ans. Kyste papillomateux des deux ovaires. Dégénérescence colloïde. Opér. 15 décembre 1885. La malade vit encore deux ans après.

Obs. XXXIII. — Id., *Ibid.* — 42 ans. Kyste multiloculaire, avec végétations. Récidive sur l'ovaire gauche. Opér. 1881. Deux récidives après. Après 7 ans vit encore.

Obs. XXXIV. — Id., *Ibid.* — 36 ans. Tumeur kystique végétante de l'ovaire gauche. Tumeur secondaire à la trompe et au péritoine pariétal. Opér. 6 décembre 1887. Récidive un an après. Mort.

Obs. XXXV. — Nicaise (*Soc. de chir.*, 25 mars 1885). — 31 ans. Tumeurs papillaires polykystiques, avec greffes sur les vaisseaux et les intestins. Laparotomie exploratrice. Trois ans et demi après la malade vivait encore.

Obs. XXXVI. — Poupinel (Thèse Paris, 1886). — 22 ans. Kyste uniloculaire avec des végétations sur la surface externe. Opér. 19 août 1878. La femme est en parfaite santé encore sept ans après.

Obs. XXXVII. — Id., *Ibid.* — 29 ans. Kyste végétant avec généralisation épithéliomateuse. Opér. 12 mai 1885. Mort deux mois après.

Obs. XXXVIII. — Waquez (Thèse Paris, 1890). — 25 ans. Kyste d'aspect papillomateux et cancéreux des deux ovaires. Opér. 14 juillet 1887. 2 ans et 8 mois après, santé parfaite.

Obs. XXXIX. — Dawson (*Am. of obst. N.-Y.*, vol. xx, 1887, p. 734. — Papillome développé à la suite d'un kyste de l'ovaire. Opér. Cinq ans après, récidive. Mort.

Obs. XL. — Lomer (*Cent. f. Gyn.*, n° 52, 1889). — 32 ans. Kystes papillaires des deux ovaires. Opér. 15 juillet 1885. Quatre ans et demi après, santé parfaite.

Obs. XLI. — Green (*Boston med. Journal.*, 1892, p. 142). — 27 ans. Tumeur végétante papillaire de l'ovaire. Opér. novembre 1890. Un an après, aucun signe de récidive.

Obs. XLII. — F. Burt (*Med. Record*, 1890, XL, p 331). — 33 ans. Double tumeur papillaire, avec nombreuses végétations péritonéales. Opér. 22 avril 1890. La femme est bien portante un an et demi après.

Obs. XLIII. — K. Thornton (*Med. Times and Gazette*, 1881, vol. I, p. 213 et 673). — 41 ans. Tumeur papillaire avec généralisation péritonéale. Opér. 3 mai 1877. 4 ans après, bonne santé.

Obs. XLIV. — Id., *Ibid.* — 33 ans. Kyste papillomateux des deux ovaires. Injection péritonéale, adhérence à la

vessie, à l'utérus. Opér. 4 juillet 1877. Etat de santé excellent plus de 4 ans après l'opération.

Obs. XLV. — Id., *Ibid.* — Kyste papillaire avec récidive dans la cicatrice. Opér. 13 avril 1876. Récidive un an et demi après. Seconde opér. et mort par tétanos après survie un an et demi.

Obs. XLVI. — Id., *Ibid.* — Kyste papillaire avec beaucoup de végétations sur le péritoine. La tumeur est constituée par un gros kyste et une quantité de petits. Guérison. Bonne santé ultérieure. Une grossesse depuis l'opération Trois ans et demi après l'opération, bonne santé.

Obs. XLVII. — Id., *Ibid.* — 49 ans. Tumeurs papillomateuses des deux ovaires. Opération en mai 1879. Deux ans après, la guérison se maintient.

Obs. XLVIII. — Id., *Ibid.* — 38 ans. Kyste papillaire Récidive avec généralisation sarcomateuse. Opér. novembre. 1878. Récidive. Mort en 1881. Survie : 3 ans.

Obs. XLIX. — Strube (*Inaug. Diss. Heidelberg*, 1898). — 70 ans. Ueber Fibrome und Papillome der Ovarien. Diagnostiqué depuis 26 ans. Opér. Mort deux ans après.

Obs. L. — Id. *Ibid.* — 53 ans. Kyste de l'ovaire gauche, recouvert de végétations. Opér. 14 mai 1898. Un an et demi après, la femme et capable de travailler.

Obs. LI. — Id., *Ibid.* — 29 ans. Grosses végétations sur

l'ovaire. Opér. 1880. Récidive. 80 ponctions pour ascite. Mort quatre ans après l'opération.

Obs. LII. — Malcolm (*Transact. path. Soc. London*, 1899, t. XLI, p. 226). — 40 ans. Kyste papillaire. La malade est opérée 20 ans auparavant par Thornton pour kyste papillaire. Opér. 20 janvier 1898. Après 20 ans, bonne santé.

Obs. LIII. Gundelach (Thèse, cité par Waquez, thèse). — 26 ans. Kyste végétant des deux ovaires. Opér. 26 novembre 1886. Mort 20 jours après.

Obs. LIV. — Id., *Ibid.* — 40 ans. Kyste végétant des deux ovaires avec tumeurs secondaires du péritoine et l'épiploon. Opér. 19 juin 1886. Mort 5 jours après.

Obs. LV. — Poupinel (*Annales de Gyn.*, 1890). — 53 ans. Epithélioma kystique multiloculaire végétant de l'ovaire gauche. Opér. mars 1887. Deux récidives. Mort. Survie : 2 ans et demi.

Obs. LVI. — Hadjès (*Union méd.*, 2 juillet 1887, et thèse). — 22 ans. Kystes végétants des deux ovaires. Abcès du petit bassin. Opér. 22 juillet 1884. Récidive 5 ans après. Mort. Survie : 5 ans.

Obs. LVII. — 45 ans. Kyste papillaire, grande poche contenant des végétations. Opér. Guérison, qui se maintient depuis 4 ans.

CONCLUSION

Les kystes papillaires de l'ovaire sont des formations épithéliales provenant, pour la majorité des auteurs, des résidus du corps de Wolf.

De volume variable, très souvent mono ou pauciloculaires, presque toujours bilatérales, ces tumeurs sont bourrées de végétations extra ou intrakystiques; les adhérences que ces kystes contractent avec les organes pelviens, les greffes et les métastases (rares) qu'ils envoient au loin, rendent l'opération laborieuse et difficile. Cette difficulté augmente encore du fait que ces kystes sont toujours inclus dans le ligament large.

Le diagnostic est possible de par l'existence presque constante de l'ascite, de la tumeur, senties à l'exploration. La ponction exploratice ou curatrice est dangereuse.

L'unique traitement qu'on peut opposer à ces kystes, c est la laparotomie pratiquée à n'importe quel moment de leur évolution.

L'intervention précoce comporte un pronostic plus bénin.

Quant aux résultats éloignés, ils dépendent de plusieurs facteurs, tels que la précocité de l'intervention, la structure anatomique, la récidive, etc. Néanmoins la survie de plus de 5 ans est environ de 35 0/0 des cas. On observe des guérisons datant de 20 ans.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 22 juin 1905.
Le Doyen,
MAIRET.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 22 juin 1905.
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Apostolakis (J.-G.). — Quelques considérations sur les kystes prolifères papillaires de l'ovaire (Th. Montpellier, 1898).

Baldy. — Kyste papillomateux de l'ovaire (Amer. J. of obst., 1900, t. xxxvii, p. 49).

Beyea. — Adéno-carcinome végétant de l'ovaire (Amer. J. of obst., 1900, t. xli, p. 212).

Burt (F.-L.). — Papilloma of the ovary (double) disseminated, etc. (Med. Record. New-York, 1891, xi, 331).

Bouilly. — Le pronostic des kystes végétants de l'ovaire (XI[me] Congrès de chirurgie, Paris, 1897, p. 894).

Cazenave. — Des tumeurs papillaires de l'ovaire avec métastases péritonéales (Th. Paris, 1895).

Claveland. — Discussion sur l'opération des kystes papillaires de l'ovaire (New-York Journal of obst., février 1892).

Cragin. — Hystérectomie totale pour tumeur papillaire de l'ovaire (Amer. J. obst.. 1892, p. 525).

Coblenz (H.). — Das ovario-papillom in path. Anat. und histogen. Beziehung (Arch. f. path. Anat. Berlin, 1880, p. 268-316).

Courty. — Maladies de l'utérus et de ses annexes.

Degardin (Ch.). — Des tumeurs végét. de l'ov. (Th. Paris, 1901).

Demons. — Clin. Bordeaux, 1897.

Doran (A.). — Papillomatous cyst. of both ovaries causing profuse ascitis. Removal. Recovery (Tr. obst. Soc. London, 1893, 149-154).

Drysdale. — Amer. J. of Obst., 1900, t. xli, p. 215.

Dudon.— Tum. vég. kyst. de l'ov. dr. Guérison (Mém. et Bul. Soc. chir. Bordeaux).

Duplay. — Arch. génér. de méd., 1879, p. 20.

Duret. — Tumeur végétante ou papillaire de l'ovaire (Bull. méd., 1892).

— Tumeur végétante des ovaires avec ascite et kyste (J. [Soc. méd. de Lille, 1900, I, 594).

Estor et Puech. — Résultats du traitement chir. du cancer des ovaires (tumeurs végétantes) (N. Montp. méd. 1901, 2ᵉ s. xii, p. 129).

Flaischlen. — Contr. à la connaissance du mode de développement de kystes ovariques (Berl. klin. Wochens., déc. 1891).

Freeborn. — Amer. J. of Obst., 1892, t. xxxi, p. 846.

Fraenkel. — De la malignité des tumeurs ovariennes papillaires. (Deutsch. med. Wochens, 1891, nº 6).

Freund (H.-V.) — Traitement des tumeurs malignes de l'ov. (Zeits. f. Gen. und Gyn., xvii-i).

Frommel. — Des papillomes superf. de l'ov., hystogenèse de leurs rapports avec les kystes papillaires, etc. (Zeits. Gen. und Gyn., xix, p. i, 1891).

Gilis. — Kystes papillaires de l'ovaire : ascite (Gaz. d. Hôp. Toulouse, 1895, xxxix, 307).

Gessner. — Demonstration von papillarem ovarial tumoren (Ztschr. für Geburstch. und Gynak. Stuttgart, 1896, xxxiv).

Hadjès (A.). — Thèse de Paris, 1889.

Labadie-Lagraye et Legueu. — Traité de gynécologie (3ᵐᵉ édit., 1904, p. 1060).

Lerch (H.). — Diagnostic et trait. des tumeurs carcin. de l'ov. (Arch. f. Gyn., xxxiv, 3).

Lœhlein. — Dégén. maligne d'un kyste pap. de l'ov. (Berlin. Wochens., 1881, nº 49, p. 784).

Malassez et de Sinéty. — Arch. physiol., 1879, p. 647).

Malcolm. — Kyste végétant multiloculaire (Transact. path. Soc. London, 1899, t. xli, p. 226).

Martin (Chr.) — Papillome de l'ovaire (Brit. med. J., 1897, t. ii, p. 1509).

Martin (John). — Kystes papillomateux des ovaires (Med. Press, et Circ. 1896, t. cxi, p. 290).

Michaux. — Kyste végétant de l'ovaire avec propagation à l'épiploon. Laparotomie. Abouchement de l'uretère dans le cœcum (Bull. et Mém. Soc. de chir. Paris, 1900. xxvi, 382).

Olshausen. — Maladies des ovaires.

Patton. — Superficial papilloma of the ovary (New-Y. med. Journ., 1892).

Péan. — Des tumeurs végétantes, etc. (Semaine médicale, 1889, p. 237 ; clin. de l'hôp. Saint-Louis, t. iv, 1886).

Pfannenstiel. — Ueber die malignitat den papillarem ovarien geschvültze (Verhaudl. d. deutsch. Gesellsch. J. Gynak. Leipz. 1893, 357).

— Ueber die papillorem geschwultze des Eierstocks, anatomische and klin. untursuchlungen zur Eroklarung der Frage iher malignitat (Arch, f. Gynak. Berl. 1894, 507).

— Recherches anatomiques et cliniques sur la malignité des tumeurs papillaires de l'ovaire (Arch. f. Gynak. Berl. 1895, xlviii, 3).

Playfair. — Hèmatocèle consécutive à une tumeur végétante de l'ovaire (Trans. obst. Soc. London, 1887, vol. xxvi).

Pozzi. — Traité de gynécologie.

Poupinel. — De la généralisation des kystes et tumeurs épithéliales de l'ovaire (Th. Paris, 1886).

— Des tumeurs mixtes de l'ovaire (Arch. de phys. norm. et path., 1887, p. 374).

Pujebert (G.). — Tumeur végétante de l'ovaire avec kyste et ascite (Journ. Soc. de Lille, 1900, t. ii, p. 53).

Quénu. — Tumeurs végétantes des deux ovaires (Bull. et Mém. Soc. de chirurg. Paris 1886, xi, 720).

Quénu. — De l'ascite dans les tumeurs de l'ovaire (Rec. de chir., 1887. vii, 543).

Quénu. — Anatomie path. des kystes non dermoïdes de l'ovaire (Th. de Paris, 1890).

Schrœder. — Maladies des org. gén. de la femme, 1890.

Steffeck. — Zur entstehung der epithelialen. Eierstock. Geschwültse (Zeit. für Geb. und Gyn., xix, 2).

Strube. — Ueber fibrome und papillome der ovarien (Inaug. Diss. Heidelberg, 1898).

Sutton (B.). — Tr. Obst. Soc. London, 1886.

Tédenat. — Les kystes papillaires de l'ovaire (N. Montpellier médical, 2e s., t. xii, p. 34, 77, 117).

Terrier. — Kystes végétants des deux ovaires, ascite, etc. (Union méd., 1887. Rev. de chir., 1889. Bull. Méd. Soc. Chir. 1885).

Terrillon. — Kyste papillomateux des deux ovaires (Bull. et Mém. Soc. Obst. et Gyn., 1890).

Thornton (J.-K.). — Fungating papillomata of both ovaries (Tr. Obst.Soc. London, 1887, xxviii, p. 38).

Waldeyer.— Der Eierstokskystom (Arch. f. Gynak. Berl. 1872, Bd I, 252).

Waquez. — Tumeurs végétantes de l'ovaire (Th. Paris, 1890).

Williams (W.). — Papillomatous tumour of the ovary (John Hopkins Hosp. Rep. Baltimore, 1892, nos 1, 2, 3).

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envere mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction qus j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime, si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères, si j'y manque!